



ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-5 ЛЕТ WIC

ИМЯ РЕБЕНКА:		ВОЗРАСТ: <input checked="" type="checkbox"/> ВОЗРАСТ В МЕСЯЦАХ <input type="checkbox"/> 12-23 <input type="checkbox"/> 24-59	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ:
1. Придерживается ли ваш ребенок какой-либо специальной диеты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [341-362] [425.6] Если да, то какой? <input type="checkbox"/> Вегетарианской <input type="checkbox"/> Строго вегетарианской <input type="checkbox"/> Низкокалорийной/для потери веса <input type="checkbox"/> Макробиотической Если да, есть ли медицинские показания для такой диеты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
2. Что из нижеперечисленных продуктов ваш ребенок употребляет в пищу? (выберите все, что подходит): [425.5] <input type="checkbox"/> свежевыжатые фруктовые или овощные соки <input type="checkbox"/> сырое закусочное мясо, мясо из супермаркетов, хот-доги <input type="checkbox"/> сырое или недоваренное мясо, рыба, курица, индейка или яйца <input type="checkbox"/> непастеризованные (свежие) молочные продукты <input type="checkbox"/> мягкие сорта сыров, такие как фета, бри, камамбер, <input type="checkbox"/> сырые побеги овощей (люцерна, клевер, бобы, редиска) голубые сыры, кесо бланко, кесо фреско <input type="checkbox"/> ничего из вышеперечисленного			
3. Употребляет ли ваш ребенок регулярно непищевые продукты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [425.9] Если да, выберите все, что подходит: <input type="checkbox"/> Пепел <input type="checkbox"/> Глина <input type="checkbox"/> Краска <input type="checkbox"/> Волокна ковра <input type="checkbox"/> Пыль <input type="checkbox"/> Бумага <input type="checkbox"/> Крахмал (прачечный или кукурузный) <input type="checkbox"/> Сигареты или бычки <input type="checkbox"/> Пенопласт <input type="checkbox"/> Земля <input type="checkbox"/> Другое: _____			
4. Сколько фруктов ваш ребенок обычно съедает в день? <input type="checkbox"/> 5 и больше <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ни одного			
5. Сколько овощей ваш ребенок обычно съедает в день? <input type="checkbox"/> 5 и больше <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ни одного			
6. Какой вид молока пьет ваш ребенок? (выберите все, что подходит) [425.1] [425.8] <input type="checkbox"/> Грудное молоко <input type="checkbox"/> Смесь (укажите название) _____ <input type="checkbox"/> Коровье молоко <input type="checkbox"/> Козье молоко <input type="checkbox"/> Рисовое молоко или миндальное молоко <input type="checkbox"/> Соевое молоко <input type="checkbox"/> Молоко без лактозы <input type="checkbox"/> Не пьет <input type="checkbox"/> Другое _____ Какой вид молока пьет ваш ребенок? <input type="checkbox"/> Обезжиренное (снятое) <input type="checkbox"/> Маложирное (1%) <input type="checkbox"/> С низким содержанием жиров (2%) <input type="checkbox"/> Цельное <input type="checkbox"/> Никакое Сколько молока обычно ваш ребенок выпивает в день? <input type="checkbox"/> 4 чашки и больше (много раз в день) <input type="checkbox"/> 2 чашки (дважды в день) <input type="checkbox"/> 3 чашки (три раза в день) <input type="checkbox"/> 1 чашка или меньше (один раз в день или меньше)			
7. Сколько раз в день ваш ребенок обычно пьет сок, фруктовые/спортивные напитки, шипучие/содовые [425.2] [425.3] напитки и/или воду с прохладительными или сахарными добавками? <input type="checkbox"/> 4 и больше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ни одного Сколько раз в день ваш ребенок обычно пьет диетические шипучие/содовые напитки и/или кофе/чай? <input type="checkbox"/> 4 и больше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ни одного Сколько раз в день ваш ребенок обычно пьет простую воду? <input type="checkbox"/> 4 и больше <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ни разу			
8. Назовите основной источник воды вашего ребенка? (выберите все, что подходит) [425.8] <input type="checkbox"/> Городская/окружная система водоснабжения <input type="checkbox"/> Сельская система водоснабжения <input type="checkbox"/> Частный колодец <input type="checkbox"/> Вода в бутылках			
9. Пьет ли ваш ребенок какие-либо из перечисленных напитков (кроме воды) из детской бутылочки [425.3] или кружки-непроливайки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Когда ваш ребенок пьет какие-либо из перечисленных напитков (кроме воды) из детской бутылочки или кружки-непроливайки? (выберите все, что подходит) <input type="checkbox"/> Ночью в постели <input type="checkbox"/> Во время тихого часа <input type="checkbox"/> Во время еды или перекусов <input type="checkbox"/> Целый день носит с собой бутылочку или кружку-непроливайку			
10. Принимает ли ваш ребенок какие-либо витамины, минералы, травы или травяные добавки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [425.7] [425.8] Если да, отметьте все, что подходит. <input type="checkbox"/> Детские мультивитамины <input type="checkbox"/> Добавки, содержащие железо <input type="checkbox"/> Добавки, содержащие фтористые соединения <input type="checkbox"/> Травяные добавки <input type="checkbox"/> Витамин D <input type="checkbox"/> Другое: _____			
11. Сколько часов ваш ребенок обычно проводит перед монитором (телевизора, видеоигры, мобильного телефона)? <input type="checkbox"/> Нисколько <input type="checkbox"/> Меньше часа <input type="checkbox"/> 1 час <input type="checkbox"/> 2 часа <input type="checkbox"/> 3 часа <input type="checkbox"/> 4 часа <input type="checkbox"/> 5 и больше часов <input type="checkbox"/> Не знаю Сколько минут в день ваш ребенок обычно проводит, активно играясь/делая физические упражнения (при этом тяжело дыша или потяя)? <input type="checkbox"/> Меньше 15 минут <input type="checkbox"/> 15 минут <input type="checkbox"/> 30 минут <input type="checkbox"/> 45 минут <input type="checkbox"/> 60 минут (1 час) <input type="checkbox"/> 90 минут (1 ½ часа) и больше <input type="checkbox"/> Не применимо			
12. Посещал ли ваш ребенок стоматолога за последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [425.8] Имеет ли ваш ребенок кариес (включая кариес от детской бутылочки), поврежденные зубы, кровоточивость десен, отсутствующие зубы и/или неправильно расположенные зубы, усложняющие процесс жевания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Содержит ли зубная паста, которой ваш ребенок чистит зубы, фтористое соединение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю			

Ваш компетентный специалист/специалист по питанию обсудит с вами питание и привычки вашего ребенка и задаст вам больше вопросов.